

養育医療給付申請書

記入例

申請者 (保護者)	ふりがな	かしま たろう		
	氏名	鹿島 太郎		
	生年月日	平成 2 年 4 月 1 日	個人番号	0000 0000 0000
	本人との続柄	父 母 その他 ()		
	電話番号	自宅 (0954) 63 - 3373	昼間連絡がとれる番号	090 - △△△△ - △△△△
住所	鹿島市大字納富分2643番地1			
本人 (児)	ふりがな	かしま はな		男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	鹿島 はな		
	生年月日	令和 2 年 5 月 1 日	個人番号	◇◇◇◇ ◇◇◇◇ ◇◇◇◇
住所	鹿島市大字納富分2643番地1			
保険証	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保 (該当するものに○をつけてください。)		
	記号	番号	保険者名 (保険証発行機関名)	市・町・村(国保) 支部 <input checked="" type="checkbox"/> 共済組合 健康保険組合
	〇〇〇	〇〇〇〇〇	全国健康保険協会 佐賀県	
希望する指定医療機関名				
別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。 年 月 日 ※日付は記入しないでください 鹿島市長 様				

個人情報提供同意書

母子保健法第21条の4に定める負担金額の決定のために、本人と保護者の世帯構成、所得額について、担当部局に確認されることについては右のとおりです。 ※同意しない場合は、下記の関係書類(3)の提出が必要になります。	該当項目に ○をお願いします
	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

※関係書類

- 養育医療意見書(様式2号)
- 世帯調書(様式3号)
- 世帯構成員に係る所得課税証明書等
- 子どもの医療費受給資格証
- 養育負担金に係る申出書(様式4号)

※その他申請時に必要なもの(例)

- 健康保険証 印鑑 生活保護受給世帯であることの証明書
- 入院時食事療養費の標準負担額の減額認定者にあつては、標準負担額減額認定証

※ お預かりした個人情報は厳重に管理し、養育医療給付事務のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※ ただし、給付認定結果については、医療機関に通知させていただきます。

受付印